

Le trouble limite du soi : l'approche de Masterson The Masterson Approach to the Borderline Disorder of the Self

Candace Orcutt

Volume 22, numéro 1, printemps 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes :
aspects psychosociaux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502095ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502095ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Orcutt, C. (1997). Le trouble limite du soi : l'approche de Masterson. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 69–86. <https://doi.org/10.7202/502095ar>

Résumé de l'article

La pathologie de l'état limite (borderline) est un défi pour le champ de la santé mentale à cause de sa dynamique complexe et des difficultés de traitement. James F. Masterson est un leader et un pionnier dans le diagnostic et le traitement du trouble limite du soi (borderline disorder of the self). Son travail est basé sur 30 ans d'expérience clinique et de recherches intensives intégrées à une synthèse des plus importants concepts psychodynamiques incluant la théorie du développement, la relation d'objet et les concepts du soi. Sa théorie spécifique et sa technique psychothérapeutique se sont avérées particulièrement efficaces dans la compréhension et le traitement de ce syndrome controversé qui est au centre des préoccupations psychothérapeutiques.



Le trouble limite du soi : l'approche de Masterson

Candace Orcutt*

La pathologie de l'état limite (borderline) est un défi pour le champ de la santé mentale à cause de sa dynamique complexe et des difficultés de traitement. James F. Masterson est un leader et un pionnier dans le diagnostic et le traitement du trouble limite du soi (borderline disorder of the self). Son travail est basé sur 30 ans d'expérience clinique et de recherches intensives intégrées à une synthèse des plus importants concepts psychodynamiques incluant la théorie du développement, la relation d'objet et les concepts du soi. Sa théorie spécifique et sa technique psychothérapeutique se sont avérées particulièrement efficaces dans la compréhension et le traitement de ce syndrome controversé qui est au centre des préoccupations psychothérapeutiques.

LA PERSPECTIVE GLOBALE

Le contexte historique

Le concept initial de névrose défini par Freud met l'accent sur la symptomatologie qui survient quand la libido ou pulsion sexuelle va, sous la pression de l'angoisse de castration, régresser à des états infantiles (Freud, 1905, VII, 217). Les troubles du soi (disorders of the self) (une élaboration des troubles de la personnalité) sont présagés dans les névroses du caractère (régression à la fixation des premiers stades du développement psychique qui impriment à l'organisation libidinale du patient des traits spécifiques : dépendant-oral, anal, phallique-exhibitionniste, etc.) (Freud, 1908, 45).

Il faut attendre la théorie structurelle de Freud (1926), qui a mené au modèle psychologique du moi, pour que théorie et traitement commencent à mettre l'accent sur ces mécanismes du soi, qui voient, gèrent, évaluent et protègent le soi dans les deux univers à la fois des rapports interpersonnels et de la vie intrapsychique. Dans les années 50, des nouvelles théories et des traitements nouveaux basés sur la psychologie du

* L'auteure, Ph.D., est travailleuse sociale à l'Université Columbia de New York et psychanalyste au New Jersey Institute for Training in Psychoanalysis. Elle travaille présentement au Masterson Institute de New York.

moi préparent l'élaboration du concept psychopathologique de *troubles de la personnalité* auquel on se réfère aujourd'hui. Knight (1953) décrit les états limites comme une région de perturbation psychique qui n'est ni névrotique ni psychotique même si cet état peut revêtir les symptômes de l'un et de l'autre trouble. Il prétendait que le problème provenait de déficiences dans la structure du soi, dans le moi. Si le patient pouvait apprendre à exercer les fonctions adaptatives du moi, le traitement pourrait créer une base pour un changement dynamique. À la même époque, Kurt Eissler (1953) publie un article révolutionnaire sur l'utilisation de « paramètres » dans la technique psychanalytique. Son thème central est le même que Knight : si le « paramètre » de renforcement du moi pouvait précéder la technique classique d'analyse interprétative, plusieurs analysants auparavant incapables de tolérer le stress émotionnel du processus thérapeutique pourraient alors être traités.

Initialement, comme le souligne Knight, l'« état limite » n'était perçu ni comme une névrose ni une psychose, mais comme étant à la frontière de certains éléments de l'une et de l'autre. Un certain temps, l'« état limite » fut un terme parapluie, précédant celui de « trouble de la personnalité ». Aujourd'hui, les théoriciens placent en général le terme d'« état limite » quelque part sur le spectre des troubles de la personnalité. Mais sa place peut varier à l'extrême, entraînant une confusion clinique quand des thérapeutes d'orientations théoriques diverses tentent de discuter des mêmes patients.

Définition descriptive du trouble de la personnalité limite (DSM IV)

La quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994, 650) fournit la *lingua franca* à laquelle les cliniciens se réfèrent pour parler de l'état limite. Le manuel dresse une liste de caractéristiques observables qui sont largement acceptées par les différentes écoles théoriques. En voici un court sommaire :

La caractéristique essentielle de la personnalité limite est un modèle général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présente dans des contextes divers (1994, 650).

Bien que le manuel facilite la classification et la communication, il est de nature descriptive plutôt que dynamique. L'apparence et la réalité peuvent ne pas aller de pair. Une mouche qui a les allures d'une

abeille n'a pas pour autant le même dard. Les patients qui font de l'acting-out ne sont pas tous borderlines. Nous devons examiner de plus près le fonctionnement intime du soi pour en tirer une compréhension qui conduira à un traitement éclairé.

Comme nous le verrons, la formulation de James Masterson du trouble limite du soi est basée sur une compréhension dynamique des manques et des régressions défensives qui inhibent la croissance du soi réel.

L'APPROCHE DE MASTERSON DU TROUBLE LIMITE DU SOI

Brève définition

La pathologie limite prend sa source dans un arrêt du développement qui provient d'un important désajustement (*misattunement*) dans la relation mère-enfant, à la phase de séparation-individuation, de la prime croissance. L'arrêt survient à la sous-phase de rapprochement du développement et se caractérise par les défenses précoces et le clivage des relations d'objet de cette sous-phase. Afin d'écarter des sentiments insoutenables d'abandon, l'enfant mobilise des défenses primitives, qui forment chez lui une façon d'être fixée et répétitive. Même plus tard dans sa vie, le patient borderline continue d'entretenir des attitudes et des comportements compliants ou encore rebelles afin d'éviter de déclencher les problèmes d'abandon non résolus. Ce style faux, défensif n'est pas consciemment maintenu. Il est basé sur un système incrusté de croyances qui entre automatiquement en jeu dans toute relation significative. Cet « acting-out transférentiel » doit être confronté jusqu'à ce que le patient commence à l'identifier comme dystone au moi et puisse agir d'une façon plus adaptée. Au fur et à mesure que le moi se fortifie, ces sentiments clivés peuvent être mieux contenus et aménagés. L'arrêt du développement s'atténue, les relations d'objet mûrissent et la per-laboration commence à mesure que l'acting-out transférentiel se convertit en transfert et en alliance thérapeutique. L'émergence du soi réel est maintenant en marche.

La théorie

La théorie de la pathologie limite de Masterson repose sur une synthèse créative des plus importants modèles psychanalytiques. Elle provient de recherches empiriques intensives menées auprès d'adolescents borderlines de l'unité de recherche empirique de la clinique Payne Whitney de l'Hôpital de New York (Masterson, 1967, 1972, 1980),

avec des centaines d'adolescents et d'adultes en consultation et en traitement en pratique privée (Masterson, 1976 ; 1981).

Ce qui suit décrit l'approche de Masterson du trouble borderline du soi et en trace l'évolution à travers une pensée psychanalytique dynamique, éprouvée dans l'arène d'une pratique clinique intensive.

La composante de la théorie des pulsions

Patient névrosé : Je tiens à ce que vous preniez toutes mes décisions, comme le faisait mon père. (Transfert)

Patient borderline : Dites-moi quoi faire ! Pourquoi êtes-vous là si ce n'est pour me donner des conseils ? (Acting-out transférentiel)

L'approche de Masterson est fondée sur les concepts fondamentaux de la théorie freudienne des pulsions : transfert, compulsion de répétition, résistance, conflit psychique, existence de l'inconscient et perlaboration. L'approche de Masterson modifie ces concepts dans la mesure où l'accent thérapeutique est mis sur le phénomène préœdipien plutôt que sur le conflit œdipien lui-même.

Pour Freud, la pathologie psychique résulte de souvenirs inconscients, de désirs et de peurs qui se débattent pour s'exprimer consciemment mais qui sont contrés par une résistance également inconsciente. De ce conflit inconscient surgit un « compromis » — un équivalent non-verbal symbolique tel qu'un symptôme ou un trait — qui va partiellement exprimer le problème caché sans en rendre explicite la signification. Comme Freud l'a formulé :

On peut dire qu'ici le patient ne se *souvient* de rien de ce qui est oublié ou refoulé mais qu'il l'exprime en *action*. Il ne le reproduit pas dans sa mémoire mais dans son comportement ; il le *répète* sans bien sûr savoir qu'il le répète.

Par exemple, le patient ne dit pas qu'il se souvient à quel point il était agressif et critique à l'égard de l'autorité de ses parents, mais il se comporte de cette façon avec le médecin.

(Freud, 1914, II, 39)

Freud résume dans cette phrase comment un problème avec l'autorité parentale dans l'enfance est inconsciemment remis en scène avec le thérapeute dans un *transfert* du passé à une relation actuelle. La ten-

tative de se souvenir étant contrée par la résistance, le patient, poussé par un besoin profond de résolution, est forcé de la répéter indéfiniment. L'analyste doit aider le patient à reconnaître cette résistance pour que ce dernier puisse découvrir ce qui est écarté de la conscience :

Nous devons accorder au patient le temps de prendre conscience de cette résistance qu'il ignore, de la « perlaborer », de la surmonter [...] Seulement quand elle sera à son plus fort pourra-t-on, avec la coopération du patient, découvrir les tendances instinctives réprimées qui alimentent la résistance... (Freud, 1914, II, 375).

Et finalement :

À partir des répétition-réactions qui sont exposées dans le transfert, les chemins familiers nous reconduisent à l'éveil des souvenirs qui cèdent d'eux-mêmes sans difficulté après que les résistances aient été vaincues (Freud, 1914, II, 375).

La théorie de Freud aborde la régression qui prend naissance dans une phase relativement avancée du développement d'un enfant (5 ans). L'approche de Masterson applique essentiellement les mêmes concepts théoriques au patient dont la pathologie provient d'un arrêt du développement du soi au cours des deux ou trois premières années de la vie. Le concept d'« acting-out transférentiel » de Masterson représente un degré plus ou moins grand de fixation à un stade précoce de la croissance psychique. L'attitude envers le thérapeute ne démontre pas une distorsion partielle juxtaposée à une vision raisonnablement réaliste des relations humaines. Au contraire, l'attitude du patient à l'égard du thérapeute représente un degré massif de distorsion. C'est pourquoi on a décrit les patients borderlines comme ayant une résistance intraitable à former un transfert névrotique sur lequel on puisse travailler ; ou encore, on les considère intraitables parce qu'ils ne démontrent en apparence rien sauf de la distorsion transférentielle.

L'acting-out tranférentiel est un compromis psychique qui permet à un sens inadéquat du soi d'avancer dans la vie malgré les croyances paralysantes à propos des relations. L'acting-out transférentiel est un comportement qui tente de façon stéréotypée d'éviter d'avoir à évoquer la désapprobation parentale ou la négligence durant les années de formation et qui devient par la suite chez le patient borderline, une partie

intégrante de sa réponse fondamentale aux relations. C'est le sentiment de « dépression d'abandon » qui est évité — le terme que Masterson utilise pour décrire les réactions intolérables de l'enfant à un désajustement d'avec sa mère. La dépression d'abandon est une menace à la survie, tout comme ses puissantes composantes : dépression, colère, peur, culpabilité, passivité, impuissance, vide et nullité (Masterson, 1976, 38).

Si l'enfant doit apprendre les rudiments du rapport humain (*relatedness*), il est capital que sa capacité d'attachement au parent qui prend soin de lui (caregiver) soit maintenue. Par voie de conséquence, l'enfant développe un soi défensif faux qui s'accommode aux besoins émotionnels du parent aux dépens de l'expansion de la croissance et de l'expression du soi réel. Ce style défensif qui devient un postulat fondamental et incontesté sur la nature de l'attachement humain se maintient comme un trouble de la personnalité ou un trouble du soi.

Le patient borderline peut présenter une forme compliant du faux soi au thérapeute :

Patient : Vous êtes si expérimenté pour les choses pratiques, je suis certaine que vous pouvez me dire si je dois quitter mon mari.

L'approche de Masterson commence à mettre du poids sur l'acting-out transférentiel en confrontant le point de vue partiel et stéréotypé du patient sur la réalité avec une vue qui soit plus complète :

Thérapeute : Vous m'avez dit que vous veniez ici pour reprendre la maîtrise de votre vie. Pourtant, vous me demandez d'assumer une décision parmi les plus importantes de toute votre existence.

Le patient borderline qui a évité de reconnaître un conflit intérieur qui pourrait le mener à prendre conscience de la lutte entre la pulsion vers une croissance saine et la confrontation avec la dépression d'abandon, commence à percevoir cette division du soi. À mesure que progresse la phase initiale de confrontation du traitement, le patient remplace graduellement son comportement impulsif par de l'introspection. Au moment où le patient commence à développer sa capacité de tolérer la responsabilité et l'*insight*, la perlaboration sur les origines du trouble peut débiter.

La théorie structurale : la composante de la psychologie du moi

Patiente borderline : Mon mari n'est pas si mauvais. Je songe à arrêter la thérapie afin de consacrer toute mon énergie à apprendre à vivre avec lui. (Clivage, déni, évitement, acting-out transférentiel)

Thérapeute : Vous dites que votre mari n'est pas un problème pour vous, mais vous êtes venue ici parce que vous ne trouviez aucun moyen de vous entendre avec lui. Laisser la thérapie voudrait dire que vous pourriez éviter vos émotions au sujet de votre mariage, mais comment pensez-vous que cela changerait les choses ? N'êtes-vous pas en train de vous confirmer que personne ne peut vous aider et que vous devrez vous résigner à votre situation ? (Confrontation de défenses mésadaptées incluant acting-out transférentiel, répétition du faux soi impuissant/compliant développé dans l'enfance).

La théorie structurale de Freud et son élaboration dans la psychologie du moi ont ajouté une dimension critique à la théorie des pulsions. Le moi était perçu comme un département de la raison qui fournissait direction exécutive et protection défensive pour le soi (Freud, 1926). Alerté par le signal de l'angoisse, le moi pouvait réunir un éventail de défenses pour s'occuper des pressions internes ou externes (Freud, A., 1936).

Comme les autres aspects du soi, les capacités de maturation du moi se développent. Freud a fait une distinction entre le moi-plaisir-primitif (qui est impulsif et recherche une gratification immédiate) et le moi-réalité (qui est capable de retarder la gratification, d'observer, de juger et de construire une satisfaction réaliste) (Freud, 1911, 14). Le moi-plaisir-primitif caractérise l'enfance alors que le moi-réalité, avec sa capacité de tester la réalité, caractérise l'adulte émotionnellement mature.

La psychologie du moi a aussi mis de l'avant le concept « d'arrêt de développement » (developmental arrest) du moi, où les fonctions du moi peuvent être figées à un niveau quasi infantile de maturité psychique (Masterson, 1976, 15).

Masterson incorpore ces concepts pour élaborer plus encore sur la dynamique borderline. Le désajustement enfant-parent mène à une constriction chez l'enfant pour éviter la douleur insupportable de la dépression d'abandon. Certains comportements sont évités menant à une

réponse limitée et répétitive à la relation. Cette constriction doit affecter le développement du moi puisque l'observation pragmatique et le test de la réalité pourraient mener à une vue réaliste de l'interaction parent-enfant et ainsi évoquer la dépression d'abandon. Les manoeuvres primitives du moi en quête de gratification immédiate créent l'illusion d'une véritable autosatisfaction, alors que d'autres défenses précoces camouflent ou remettent à plus loin les impulsions d'activation autonome qui pourraient, encore une fois, évoquer une réponse émotive ou physique d'abandon.

Ces inhibitions de la maturation du moi constituent l'arrêt de développement et sont un trait propre du trouble de la personnalité. Les éléments spécifiques qui déclenchent les inhibitions et l'ensemble des défenses qui les renforcent caractérisent la dynamique de l'état limite tel que défini par Masterson. Le borderline perd la capacité d'observer ou de tester la réalité avec la perte d'approbation et d'encouragement pour ce qui est considéré excitant et important pour l'individu. Le borderline utilise une sélection caractéristique de défenses pour écarter la dépression d'abandon : clivage, acting-out, accrochage « *clinging* », déni, évitement, projection, et identification projective. Il est à noter que l'ensemble de ces défenses précoces sont externalisées. Chez l'enfant en bonne santé, le conflit se vit en coopération avec le parent qui vise à le contenir et à lui fournir un modèle. Chez l'enfant qui vit un arrêt de développement, la responsabilité est reléguée ailleurs indéfiniment.

La composante des relations d'objet internalisées

Patient borderline : Je n'arrive pas à me décider. J'ai vraiment besoin que vous me disiez si je dois quitter mon emploi. (RORU)

Thérapeute : Vous êtes venu ici en disant que vous vouliez apprendre à penser par vous-même. Comment cela pourrait-il vous aider de vous dire quoi faire ? (Confrontation de RORU)

Patient : Pourquoi êtes-vous si dur et critique envers moi quand je suis si bouleversé. Vous me rendez plus malade. (WORU)

Thérapeute : Vous m'avez souvent dit comment vos parents prenaient les décisions pour vous et vous critiquaient quand vous aviez vos propres opinions. Pourquoi ne profiteriez-vous pas de l'occasion pour devenir maître de vos propres actions ? (Confrontation de WORU)

Patient : Je ne vois pas pourquoi vous ne me soutenez pas.
(Retour à RORU)

Thérapeute : Comment serait-ce vous soutenir que de vous traiter comme le faisaient vos parents ? Ne semble-t-il pas que vous voulez plutôt vous accrocher à moi ou argumenter avec moi au lieu de faire face à votre conflit intérieur et prendre la responsabilité de vous-même ? (Confrontation des deux parties du clivage défensif du soi)

Le courant des pulsions, les capacités croissantes du moi et l'évolution des relations d'objet internalisées ont en retour été posés comme les premiers organisateurs psychiques du soi en processus de maturation. Masterson les combine tous pour donner un portrait plus spatial et systémique du trouble de la personnalité limite.

La théorie des relations d'objet, d'abord élaborée par Melanie Klein (1975), a été appliquée par Otto Kernberg (1967, 641) à la théorie contemporaine de la personnalité. Il est important de souligner que la théorie des relations d'objet est basée sur une « carte » interne du soi, de l'autre et de la relation, qui est initialement internalisée à partir de la relation primaire de l'enfance et, après coup, projetée à l'extérieur sur les relations interpersonnelles. La saine congruence croissante entre la carte interne de l'enfant et le consensus sur la réalité du monde extérieur est considéré comme le plus important organisateur psychique, par les théoriciens des relations d'objet.

Un élément clé de la théorie des relations d'objet est que les perceptions infantiles des relations ne sont pas divisées en des états personnels (« moi » — « toi ») mais en des états émotifs (« bon » — « mauvais »). Ainsi pour l'enfant, la première carte interne du monde extérieur est un domaine du soi clivé et de d'autres représentations, unis par des émotions semblables : la « bonne » partie de moi — partie de toi, et la « mauvaise » partie du moi — partie de toi. Naturellement, il y a une tendance à maintenir le bon état et à rejeter le mauvais. Mais le coût pour le développement du test de la réalité n'est pas comparable à celui d'une relation saine qui mûrit. Graduellement, la psyché apprend à tolérer l'ambivalence humaine et est capable de percevoir un soi entier et un autre entier, chacun comprenant un mélange de « bonnes » et de « mauvaises » qualités. Le soi et l'autre sont « tracés » (mapped) dans le monde interne comme étant complexes et séparés, mais reliés par une relation également complexe et négociable.

La « carte » dans la psyché de l'enfant correspond maintenant à une assez bonne réalité externe. Les relations sont faites sur la base de postulats fondamentaux qui sont réalistes et adaptatifs. Mais si l'enfant est incapable de résoudre le sentiment de clivage et projette ainsi une croyance dans des attachements « tout bons » ou « tout mauvais » sur le monde externe, le potentiel pour un trouble borderline a été établi. L'enfant aura tendance à devenir compliant afin de maintenir la « bonne » connexion, ou à devenir hostile ou revanchard (« talionic », (Masterson, 1981, 182) dans une réponse colérique à un attachement qui semble faire du soi et de l'autre une chose toute « mauvaise ».

Cette réponse divisée devient une base importante pour l'acting-out transférentiel du borderline, comme le patient, pris dans un développement immature des relations d'objet, qui répète dans la situation thérapeutique les mêmes projections d'un monde interne divisé. Le patient peut tenter de chercher l'approbation du thérapeute avec un comportement défensivement compliant. Si cette manœuvre échoue, il commence à éprouver la dépression d'abandon (car la « carte » interne indique que cela est l'inévitable résultat de l'échec de plaire). Le borderline opte alors pour la défensive en s'accrochant hostilement — puisque agir le négatif reste un moyen de diminuer son impact *émotionnel*.

Ces modalités de clivage défensif sont appelées RORU (rewarding part self and object relations unit) et le WORU (with-drawing part self and object relations unit) (Masterson, 1976, 55).

La capacité du borderline de se déplacer défensivement du RORU au WORU est unique parmi les troubles de la personnalité. Elle montre la maturation psychique relativement avancée du borderline en comparaison avec le trouble de la personnalité narcissique (qui est à peine capable de tolérer le côté négatif du clivage) et le trouble de la personnalité schizoïde (qui a de la difficulté à tolérer des émotions, qu'elles soient négatives ou positives).

La composante de la théorie développementale

Patient borderline : Je songe à cesser la thérapie. Si je veux être plus indépendant, je devrais être capable de le faire moi-même sans vous.

Thérapeute : Bien sûr, vous vous souvenez que vous venez ici parce que vous êtes préoccupé par le fait que vous comptez trop sur les autres. Vous savez que la question est de rester vous-même en présence de quelqu'un d'autre. Mais

comment pensez-vous apprendre une attitude indépendante avec les autres si vous les évitez ?

Le concept de l'étape de séparation-individuation de Margaret Mahler est la pierre angulaire de l'approche de Masterson sur l'état limite (Mahler, 1979, II). Les théories de Mahler basées sur une observation extensive de l'interaction mère-enfant mettent un accent crucial sur la période de développement de 3 à 36 mois. Elle décrit cette phase comme la séparation-individuation ou « naissance psychologique de l'enfant » (Mahler, 1984). Au cours de cette période, les interactions de l'enfant avec la mère, appuyées par une croissance biologique et neurologique étonnante, favorisent le sens de l'autonomie en marche chez l'enfant. Toutefois, la séparation/individuation psychique peut être gravement affectée par un désajustement marqué et persistant dans la dyade mère-enfant. Dans la sous-phase relativement avancée du rapprochement (15-24 mois) (« recherche et partage »), il est important que la mère soutienne l'enfant dans son exploration croissante du « monde » et réponde avec intérêt à son enthousiasme unique. C'est aussi dans cette période que l'enfant fait face à la déception de la perte de sa croyance dans les pouvoirs magiques de la mère. L'enfant commence à tester les degrés de contrôle du soi et de l'autre. C'est une période d'un sens accru de la réalité des adultes et de leur individualité, des prises de conscience qui ne se font jamais sans un certain degré de conflit et qui perdurent tout au long de la vie.

Et qu'arrive-t-il si un arrêt de développement se produit au cours de cette sous-phase ? On pourrait peut-être voir alors dans l'enfant, l'adolescent ou l'adulte un échec à résoudre l'humeur, la consternation et les colères des « terrible two's ». Des luttes surviennent pour savoir qui mène, contredites par le désir d'être pris en charge qui donne place à nouveau à la volonté de tout faire soi-même. Les limites sont explorées et mises à l'épreuve.

Ce portrait du développement est un guide important pour le traitement de la personnalité limite (qui, au niveau psychique, reste bloquée à un arrêt de développement d'un enfant de 18 mois). L'enfant de deux ans a besoin de limites saines (et non trop permissives) et de consistance parentale pour appuyer son sens émergent de séparation et d'autodirection de l'enfant. Le borderline a besoin d'un soutien similaire, et aussi de réaliser qu'il évite la responsabilité de gérer son virage vers la maturation :

Thérapeute : Vous dites vouloir une meilleure compréhension et une meilleure maîtrise de votre vie. Pourtant, ou vous me demandez quoi faire ou vous rejetez ce que je dis comme si c'était un blâme. Pensez-vous que vous pourriez avoir des sentiments partagés à la pensée de mettre l'accent sur vos propres idées et réactions ?

L'oscillation entre un accrochage compliant ou hostile suggère une tentative frustrée de réconcilier le « bon » et le « mauvais » à travers une alternance de la répétition ces deux états. Cependant, le borderline maintient ces modes dans une forme défensive, d'acting-out afin d'éviter de vivre la dépression d'abandon. Ainsi, il continue d'avoir recours à la défense infantile du clivage longtemps après que son usage du point de vue du développement ait été dépassé.

Le borderline a appris, à un niveau profond, que l'expression de soi et l'activité autonome se heurtent à un douloureux retrait de l'approbation. Le borderline est pris entre la pulsion saine vers l'autonomie et la menace refoulée de la perte d'amour. À court terme, il est plus facile pour le borderline d'écarter toute la question de l'affirmation de soi et de l'autocompromis par des comportements addictifs, en s'accrochant aux autres, en les blâmant, ou en rejetant tout cela à travers l'évitement ou le déni.

La composante de la théorie du soi

Patient : Je me vois comme une nullité. Ça me fait du bien d'aller dans un bar, de payer un verre à tout le monde et d'agir comme quelqu'un de bien nanti.

Thérapeute : Vous dites vouloir vous sentir mieux par rapport à vous-même, mais comment cela pourrait-il marcher quand vous tentez d'acheter des autres une illusion d'importance ?

La théorie du soi présente essentiellement un modèle de transformation psychique à travers le relationnel, avec un accent sur la capacité du soi d'utiliser l'environnement humain pour son actualisation.

Jung (1965, 196) fut le premier théoricien analyste à mettre l'accent sur la centralité du soi : « Le but de l'évolution psychique est le soi. Il n'y a pas d'évolution linéaire, mais seulement une éclosion, un épanouissement du soi » (196). Actuellement, le travail de Heinz Kohut (1971, 1977) domine cette perspective.

L'approche de Masterson s'inspire de cette tradition ainsi que de la théorie du développement du soi de Daniel Stern (1985). Les premières théories du développement mettent l'accent sur l'influence parentale sur la croissance psychique de l'enfant ou, plus tard, sur l'interaction mère-enfant. Stern met l'accent sur l'expérience subjective du soi et sur « la façon dont les enfants régularisent leur propre stimulation et le contact avec le social » (Stern, 1985, 22). L'enfant développe des « sens du soi » évoluant à mesure qu'il expérimente de nouveaux « domaines du relationnel » (258). La transformation psychique se produit entre les gens (276), mais c'est le filtre subjectif du soi qui est le principal organisateur.

Dans *The Real Self* (1985), Masterson reconnaît l'émergence d'une véritable identité personnelle intégrée comme le foyer de la maturation et de la psychothérapie de la pathologie pré-oedipienne. Chez le borderline, les barrières à cette émergence sont principalement les faux et défensifs sous-soi du RORU et du WORU. Ces derniers maintiennent une insistance tordue et figée sur le soi handicapé et sur une perception de l'Autre comme dominant et réprimant l'évolution du soi réel.

Masterson voit l'émergence du soi réel comme caractérisée par des qualités qui sont typiques d'un être humain autonome et responsable ; des habiletés qui incluent : la spontanéité ; l'activation autonome, l'estime et la reconnaissance ; la capacité d'apaiser des affects douloureux ; la capacité de continuité, d'engagement, de créativité et d'intimité (Masterson, 1985, 27).

L'approche de Masterson postule que ces capacités latentes du soi réel existent chez le borderline. Par le recours à la confrontation avec le patient motivé, ces capacités commenceront à émerger au fur et à mesure que le patient sera plus apte à identifier et à gérer sa résistance et ses émotions.

L'art de la confrontation

Patient : D'être ici est tout une aide pour moi. En passant, je voulais vous dire que je pensais prendre des leçons de cuisine. Cela veut dire que je peux garder mon rendez-vous du mardi, mais que je devrais laisser tomber celui du jeudi pour un moment.

Thérapeute : Vos paroles me disent que vous voulez être ici et vos actions me disent que vous ne voulez pas. Pensez-vous avoir des sentiments partagés au sujet de votre thé-

rapie ? (Confrontation des défenses de clivage qui empêchent le patient de voir ses attitudes conflictuelles envers la thérapie)

Masterson (1981, 135) a raffiné la technique de la confrontation spécifiquement pour aborder la dynamique pathologique du patient borderline. La confrontation mastersonienne ne place pas le thérapeute dans une opposition didactique ou moralisante par rapport au patient. D'un point de vue neutre et observateur, le thérapeute juxtapose les déclarations contradictoires faites par le patient à son insu. Le patient en vient lentement à identifier cet état interne conflictuel et les défenses utilisées de façon maladaptée qui maintiennent cet état : clivage, acting-out, déni, etc. Le conflit devenant plus conscient, mieux toléré et mieux compris, les modes défensifs du faux soi du borderline sont moins requis : les défenses deviennent plus adaptatives, l'acting-out transférentiel se convertit en transfert névrotique et la perlaboration commence. Avec la perlaboration, le patient est plus en mesure de gérer les émotions évoquées par l'interprétation, et la psychothérapie passe d'une analyse des défenses à un niveau de changement dynamique.

Il est important de souligner qu'un rythme constant de progrès n'est pas typique de la psychothérapie du borderline. Le traitement avance à mesure que la confrontation prend son emprise pour, ensuite, reculer à nouveau dans les défenses alors que l'insight et les émotions douloureuses font surface. Masterson nomme ce pattern inégal de progrès « la triade de l'état limite » expliquant que « l'activation autonome mène à l'angoisse et à la dépression, qui mènent à la défense » (Masterson, 1993, x). Cette triade même doit constamment être confrontée jusqu'à ce que le patient comprenne que le seul chemin vers le soi authentique, mène à la confrontation, à la modification subséquente et à la résolution de la dépression d'abandon. Masterson (1993) a élargi ce terme en le rendant plus inclusif : « triade des troubles du soi » (disorders of the self triad).

Même durant la perlaboration, l'usage de la confrontation peut être nécessaire quand les vieilles défenses mésadaptées réapparaissent sous le stress de la perte, du changement et même du succès. Le stress de la séparation à la fin du traitement évoque souvent la régression et une résurgence de l'acting-out.

Contre-transfert et acting-out contre-transférentiel

Patient : Vous êtes si contrôlant. Vous êtes exactement comme ma mère. (Acting-out transférentiel)

Thérapeute : Franchement par moment vous me rappelez *ma* mère et son entêtement (Contre-transfert)

Patient : Vous êtes si contrôlant. Vous êtes exactement comme ma mère.

Thérapeute : Vous êtes assez contrôlant vous-même. Si vous ne voulez pas de mon aide, pourquoi ne pas trouver les solutions vous-même ! (Acting-out contre-transférentiel — le thérapeute a été amené à répéter le rôle de la mère qui rejette).

Le contre-transfert du thérapeute au patient névrosé est essentiellement son propre transfert non résolu projeté sur le patient. Il ne sert aucun but dans le traitement, et a besoin d'être subjectivement séparé et solutionné par le thérapeute.

Avec le patient pré-oedipien, le contre-transfert prend une forme différente. Tout comme l'acting-out transférentiel du borderline est une réponse globale au thérapeute, le contre-transfert du thérapeute au borderline inclut « toutes les réactions émotives du thérapeute qui empêchent son travail thérapeutique avec le patient » (Masterson, 1983, VIII). Quand le thérapeute perd sa neutralité et agit sur ces émotions, le résultat est l'acting-out contre-transférentiel. À son point le plus destructif, l'acting-out contre-transférentiel enlène le thérapeute et le patient pathologiquement, et ils répètent l'impasse dyadique qui a mené à l'arrêt de développement. Dans ce cas, le patient « a réussi » à amener le thérapeute à être de connivence avec lui dans une réplique du problème plutôt que dans sa résolution. La collusion du thérapeute place le traitement dans une impasse. Le retour du thérapeute à la neutralité et à la compréhension donne un aperçu diagnostique de l'interaction parent-enfant dans l'arrêt de développement. Plus important encore, le refus du thérapeute d'entrer dans la compulsion de répétition dyadique crée la première brèche dans l'acting-out défensif contre le souvenir (Orcutt, 1996).

Conclusion

La conception dynamique de Masterson sur le trouble limite du soi, réalisée à partir d'une synthèse des plus importants modèles de croissance psychique, met l'accent de guérison sur l'essentielle élasticité du soi. Une fois que les blocages défensifs que le patient a élevés

contre l'émergence mal définie et redoutée du soi réel, ont été confrontés et modifiés adaptativement, le soi a tout l'espace psychique nécessaire pour grandir. Au fur et à mesure que les pulsions sont modifiées et dirigées adéquatement, et une fois que le moi est aligné plus adaptativement et défendu, et que les relations d'objet intériorisées deviennent plus entières et complexes et sont sainement projetées sur le monde externe, alors le soi commence à assumer son potentiel et l'accroît à chaque avancée dans l'épreuve pratique de la réalité.

Le traitement est difficile — l'épreuve de la phase défensive et le stress émotionnel de la perlaboration demeurent exigeants pour le patient et le thérapeute. Le thérapeute doit présenter une vue consistante et constructive de la réalité afin de faciliter l'observation par le patient de ses distorsions défensives et d'appuyer sa croyance en son potentiel enfoui du soi.

Masterson a souvent cité l'éducateur Robert Coles, dans ce contexte :

Sorrow may be fated, but to survive it and grow is an achievement all its own. (Coles, 1964, 15.)

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington.
- COLES, R., 1964, *Children of Crisis*, Dell Publishing, New York.
- EISSLER, K., 1953, The Effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique, in Lang, R., ed., *Classics in Psychoanalytic Technique*, Jason Aronson, New York.
- FREUD, A., 1936, *The Ego and the Mechanisms of Defense*, International Universities Press, New York.
- FREUD, S., 1959, *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, W. W. Norton, New York, 1959.
- FREUD, S., 1914, Remembering, Repeating and Working Through, in Strachey, J., ed., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. XII, Hogarth Press, London.
- FREUD, S., 1911, Formulations regarding the two Principles in Mental Functioning, in *Collected Papers*, Vol. 4, Basic Books, New York, 1959.
- FREUD, S., 1908, Character and Anal Erotism, in *Collected Papers*, II, Basic Books, New York, 1959.
- FREUD, S., 1905, Three contributions to the theory of sex, in *The Standard Edition*, vol. VII, Hogarth Press, London, 1953.

- JUNG, C., 1965, *Memories, Dreams, Reflections*, A. Jaffe, ed., Vintage Books, New York.
- KERNBERG, O., 1967, Borderline personality organization, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 15.
- KLEIN, M., 1975, *Love, Guilt and Reparation and Other Works*, The Free Press, New York.
- KNIGHT, R., 1953, Borderline states, *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 19.
- KOHUT, H., 1971, *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York.
- KOHUT, H., 1977, *The Restoration of the Self*, International Universities Press, New York.
- MAHLER, M., 1984, *The Psychological Birth of the Human Infant*, Mahler Research Film Library, Franklin Lakes, New Jersey.
- MAHLER, M., 1979, *The Selected Papers of Margaret S. Mahler*, vol. II, Jason Aronson, New York.
- MASTERSON, J., 1993, *The Emerging Self*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J., 1985, *The Real Self*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J., 1983, *Countertransference and Psychotherapeutic Technique*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J., 1981, *The Narcissistic and Borderline Disorders*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J., 1980, *From Borderline Adolescent to Functioning Adult*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J., 1976, *Psychotherapy of the Borderline Adult*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J., 1972, *Treatment of the Borderline Adolescent*, John Wiley and Sons, New York.
- MASTERSON, J., 1967, *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*, Brunner/Mazel, New York.
- ORCUTT, C., 1996, How do you dance when the music is stuck ? The Masterson approach to preoedipal transference acting-out, *Issues in Psychoanalytic Psychology*, (in press).
- STERN, D., 1985, *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York.

ABSTRACT**The Masterson approach to the borderline disorder of the self**

Borderline pathology challenges the mental health field with its dynamic complexity and management difficulties. James F. Masterson, M.D., is a leading authority and pioneer in the diagnosis and treatment of the Borderline Disorder of the Self. His work is based on 30 years of intensive clinical experience and research, integrated with a synthesis of the major psychodynamic concepts, including developmental theory, object relations, and concepts of the Self. Masterson's specific theory and applied technique has proved uniquely effective in understanding and treating this controversial syndrome that has become central to psychotherapeutic concern.